

**Departamento de Salud Mental de Massachusetts
Elizabeth Childs, Director General**

**Medicación Psicoactiva para Niños y Adolescentes:
Orientación para Padres, Tutores y Otros**

**Grupo de Trabajo Sobre Medicación Psicoactiva
en Niños y Adolescentes**

**División de Servicios Para Niños y Adolescentes
Oficina de Servicios Clínicos y Profesionales**

**Febrero 2002
Revisado, Mayo 2003**

**Psychoactive Medication for Children and Adolescents
Spanish**

PREFACE

Este folleto presenta los principios que rigen el empleo de medicamentos psicoactivos en niños y adolescentes. Ofrece información sobre el tratamiento con medicamentos. No recomienda ni medicamentos, ni dosis específicas. El folleto fue desarrollado por un grupo convocado por la división de niños y adolescentes del departamento de salud mental de Massachusetts. El grupo incluía representantes del departamento de Servicios Sociales, la división de Asistencia Médica, la Corte Clínica Juvenil, la Asociación de la medicina de Comportamiento de Massachusetts, el consejo de psiquiatría infantil de la Nueva Inglaterra, y la liga de apoyo profesional para los padres, los representantes de los Hospitales y de las organizaciones del cuidado de la salud. Los participantes están listados en el Apéndice VII, los miembros del grupo de Trabajo.

El grupo de Trabajo expresa su agradecimiento para la revisión del documento y las sugerencias útiles de otros colegas; especialmente los Doctores Joseph Biederman, Ronald Steingard, Linda Zamvil y Bernadette Drum, BSN, JD.

Gordon Harper, MD
Presidente
Del grupo de Trabajo sobre la medicación
Psicoactiva en niños y adolescentes

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION.....	5
	Trastornos de la Infancia.....	5
	La medicación psicoactiva para niños y Adolescentes: una especialidad en rápida evolución.....	5
	Nuevo Conocimiento, Nuevas formas de ayuda a Niños y Adolescentes.....	6
	Folleto de Orientación.....	6
II.	TRATAMIENTO CON MEDICACION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: EN QUE ESO PUEDE AYUDAR.....	7
III.	MEDICACIÓN DE USO CORRIENTE.....	8
	A. Psico Estimulantes.....	9
	B. Antidepresivos.....	9
	C. Estabilizadores del humor.....	11
	D. Antipsicóticos.....	11
	E. Otras Medicaciones.....	13
IV.	PRINCIPIOS DE PRÁCTICA.....	14
	A. Valoración.....	14
	B. Planeando y Contratando para Tratamiento.....	17
	1. Articulando Problemas, Síntomas de Ataque.....	17
	2. Seleccionando Agentes.....	18
	3. Planeando Tratamiento y Monitorizando: Monitorizando, Anticipando Problemas, Buscando Consulta.....	20
	4. Consentimiento Informado: Quien, Qué, Cómo, Cuando, Dónde, A Quién.....	21
	C. Integración del Tratamiento.....	23
	D. Comunicación y Protegiendo Registros.....	24
	F. Continuidad del Cuidado.....	24
V.	ÁREAS DE CONTROVERSIA.....	24
	A. Síndrome de Atención Deficitaria Hiperactiva.....	25
	B. Síndrome Bipolar.....	27
	C. Uso de Antipsicóticos (conocido como Neurolepticos).....	27
	D. Estado Posttraumaticos.....	28
	E. Niños y Adolescentes con Minusvalía del desarrollo.....	29
	F. Conducta extrema Defical (Agresiva y Auto-Lesiva).....	30
	G. Tratamiento Involuntario.....	31
	H. Efectos Colateral Adversos.....	32

VI. EDUCACION CLIENTE-PARIENTE.....32

I. INTRODUCCION

Trastornos de la Infancia: Epidemiologia y Diagnostico

Según un informe del Medico Mayor Publicado en 1999, se estima que once por ciento de niños y adolescentes en los Estados Unidos entre 9 y 17 años de edad padecen de enfermedades mentales o adictivas diagnosticables, acompañadas de deterioro funcional significativo. Consistente con este calculo, es posible que 4 millones de jovenes sufran de un trastorno mental mayor y tengan significativo deterioro en la casa, la escuela y con pares. Aquellos con discapacidad fisica presentan factores de riesgos mayores para el desarrollo de sintomas y de trastornos. Se calcula que en los Estados Unidos, 3 millones de niños y adolescentes por año sufren de abuso, de negligencia, importantes factores de riesgos para el desarrollo de trastornos mentales a posteriori.

Medicacion Psicoactiva para Niños y Adolescentes; Una Rama en Rapida Evolucion

Niños y adolescentes con serias alteraciones emocionales reciben medicaciones psicoactivas mas a menudo ahora que en el pasado.

Muchos factores han contribuido a este incremento. Algunos reflejan progresos científicos y cambios en la postura acerca de la salud mental en niños y adolescentes por ejemplo:

- Los avances en las ciencias neurologicas reconociendo la alteracion de la funcion del cerebro en los trastornos mentales de la infancia y de la adolescencia.
- La evidencia epidemiologica relacionando los sintomas en la infancia con los trastornos en el adulto.
- El reconocimiento creciente de la necesidad de la salud mental en la niñez y en la adolescencia. La prontitud para articular estas necesidades en termino del funcionamiento del cerebro; y
- La introduccion de los agentes psicoactivos con muy pocos efectos colaterales inmediatos y con efectos negativos duraderos, serios poco probables como la diskinesia tardiva.

Ademas, las pautas para servicio de salud en niños y adolescentes han sido cambiadas:

- La nocion de:“agudeza” ha cambiado. Niños y adolescentes con serios disturbios emocionales no son tratados solamente en los hospitales pero a menudo en las casas de acogidos, las residencias comunitarias, centros que historicamente no trataban niños y adolescentes con serios sintomas de conducta. Mas niños y adolescentes han sido hospitalizados, pero por una estadia mas corta, resultando en la necesidad de intervencion que posiblemente tendra un efecto rapido, como la farmacoterapia por ejemplo.

Muchas prácticas de medicación en niños y adolescentes estan basadas en experiencias clínicas no en un ensayo clinico controlado. Esto pasa tambien con otras medicaciones

pediatricas y no precisamente con las medicaciones psicoactivas, porque la mayoría de los ensayos farmacológicos han sido conducidos en adultos. La Administración del Control de Alimentos y de Bebidas cuenta con ensayos clínicos para aprobar una indicación específica de un remedio. Pocos de los remedios utilizados en niños y adolescentes han sido evaluados de esta forma. El uso de medicaciones por indicación o por población (tal como sucede en niños y adolescentes) medicaciones por las cuales no datos sistemáticos están disponibles, reciben el nombre de “fuera de rotulo”.

Para aquellos con responsabilidad hacia los niños y adolescentes, los llamados en la actualidad Personales Representativos,* estos cambios plantean importantes interrogantes,

- ¿Como los representantes legales y otras partes interesadas valoran las recomendaciones hechas por el Doctor sobre la medicación?
- ¿Como los clínicos hacen recomendaciones con datos limitados acerca de los posibles beneficios y riesgos, especialmente en niños y adolescentes en desarrollo? ¿Como los representantes legales autorizan tratamientos?
- ¿Como los clínicos pueden informar mejor a los representantes legales de sus preferencias y como los representantes legales pueden mejor obtener informaciones?

Este folleto responde a estos interrogantes. Esperamos poder contribuir a la educación pública, haciendo una realidad una de las metas explícitas en el Plan de Acción del Médico Mayor acerca de la Salud Mental de los Niños, “a saber proporcionar información acerca de la prevención efectiva y las intervenciones en los tratamientos...”

Nuevos Conocimientos, Nuevas Formas de Ayudar a Niños y Adolescentes

El progreso en la rama de la psicofarmacología infantil nos provee nuevas oportunidades para ayudar a niños y adolescentes. Los psiquiatras infantiles están aprendiendo cada vez más acerca de experimentos clínicos organizados, como observaciones en niños y adolescentes en particular. Algunas observaciones son imprevistas. Por ejemplo: un niño cuya actitud defensiva sensorial de toda la vida mejora dramáticamente con risperidone (Risperdal) prescrita para otros síntomas; o un niño cuya capacidad para mostrar empatía parece incrementar con naltresone (Revia) prescrito por severa tendencia a la automutilación.

Tales observaciones accidentales pueden apuntar a nuevos modos para comprender niños y adolescentes y ayudarlos individualmente. Ellos pueden también ayudar a conducir nuevos experimentos o investigaciones neurocientíficas.

Este Folleto

- informa las partes interesadas sobre medicación;
- reconoce la evolución rápida de la rama de la farmacoterapia en niños y adolescentes;

- ofrece principios de la buena atención; y
- reconoce áreas en donde existen controversias.

Este documento no recomienda particular medicamentos o dosis.

*HIPAA (Ley sobre Responsabilidad y Transportabilidad del Seguro de Salud) que entra en vigor en el mes de mayo 2003, define la persona que está legalmente autorizada para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud como un “Personal Representativo”. El personal representativo puede ser un pariente del menor, un tutor nombrado por la corte (con el ámbito de cubrir las decisiones del cuidado de la salud) o una entidad (por ejemplo DSS o DYS).

II. TRATAMIENTO CON MEDICACION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ¿EN QUE PUEDE AYUDAR ESO?

Medicación puede ser útil para muchos problemas pero no para todos. La medicación es útil en las alteraciones del humor (humor deprimido o depresión, humor exaltado [hypomanía o manía] y humor inestable), los trastornos de la atención (trastorno de la atención deficitaria hiperactiva). Síntomas de ansiedad incluyendo compulsión, rememoración, otras secuelas de trauma, algunas dificultades para controlar impulsos, pensamientos y percepciones confusas.

La medicación no podrá hacer madurar a un niño o adolescente con atraso mental. La medicación podría, sin embargo, ayudar con síntomas específicos. La medicación no hará desaparecer el lenguaje perturbado y los modos de relacionarse observado en niños y adolescentes autistas o otros trastornos pervasivos del desarrollo. Pero la medicación podría ayudar con otros problemas asociados tal como: comportamiento compulsivo, obsesivo, o atención evasiva. La medicación no ayudaría a un niño o a un adolescente que tiene problemas para decir la verdad; pero si la mentira es el síntoma de una depresión mayor, la medicación antidepresiva podría ayudar con la depresión. La medicación no ayudará con la depresión. Medicación no ayudara con la tristeza normal de la infancia, pero puede ayudar con la depresión clínica.

¿Estamos tratando “síntomas” (problemas específicos del comportamiento), o “trastornos” (diagnósticos)? Esta pregunta puede parecer enigmática; la diferencia entre síntomas y trastornos puede ser confusa. Los parientes traen sus niños y adolescentes para buscar ayuda con síntomas, como el rendimiento pobre en la escuela, la irritabilidad, los tics, y el estado de ánimo depresivo. Sin embargo, estos síntomas pueden originarse a partir de diferentes trastornos, los cuales pueden reflejar diferencias en la química en el cerebro y exigir una medicación diferente. Porque la selección de medicina no debería ser guiada por un diagnóstico. Doctores diagnostican enfermedades antes de recomendar una prueba de medicación.

Por ejemplo, la concentración pobre en niños o adolescentes puede estar asociada con el síndrome de atención deficitaria hiperactiva (ADHD), mayor depresión, psicosis, trastornos metabólicos, o lesiones traumáticas del cerebro. La medicina indicada sería diferente con cada trastorno. La irritabilidad puede caracterizar niños y adolescentes con lesiones del cerebro, trastorno metabólico, como también ADHD, depresión, síndrome de Tourette, o algún trastorno de adaptación.

Mientras un diagnóstico específico puede apuntar al tratamiento de trastorno específico, sin embargo, no es siempre posible de basar la práctica clínica en un solo diagnóstico. Los diagnósticos psiquiátricos son establecidos por “convenciones” es decir de acuerdos entre médicos en cuanto a la manera de clasificar los trastornos observados en la gente. Aquellas convenciones, a pesar de que fueron compartidas entre doctores y restaldadas por compañías de seguros, a veces difieren en las maneras en que las familias y la cultura entera ven el comportamiento de los niños. La discusión de los profesionales sobre los problemas de los niños, además de utilizar las herramientas “científicas” del diagnóstico del DSM, debe respetar los modos en que la familia y la cultura presentan la historia,

Además, los diagnósticos del DSM “encuadran a los pacientes” menos en psiquiatría infantil que en la psiquiatría del adulto. Para describir adecuadamente sus problemas adaptivos, a muchos niños y adolescentes se les confieren múltiples diagnósticos del DSM. Las investigaciones futuras pueden perfeccionar nuestros diagnósticos actuales, agregar nuevos o formentar el uso de acercamiento diferente para la valoración de niños y de adolescentes (por ejemplo diagnóstico dimensional). Mientras tanto, los clínicos están tratando de ayudar a niños y adolescentes con síntomas específicos, síntomas que representan los blancos de la medicación prescritas.

Parientes, guardianes y profesionales deben tener presente tanto a los síntomas y a los diagnósticos como también a el lenguaje que los pacientes, los niños y adolescentes emplean cuando se refieren a sus problemas.

III. MEDICACIONES DE USO CORRIENTE

Esta sección agrupa los medicamentos de uso corriente y sus indicaciones. Una discusión más amplia de la eficacia y de la seguridad de los medicamentos prescritos comúnmente en niños y en adolescentes ha sido publicada en la sección especial del diario de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (Vitiello and Jensen, eds.,1999). Esta reseña fue organizada según la clase de los agentes: artículos separados revisan los estimulantes, medicamentos antidepresivos, medicamentos que estabilizan el estado de ánimo, medicamentos antisicóticos, ansiolíticos, adrenérgicos, y naltreson.

A. Psicoestimulantes

<u>Nombre Genérico</u>	<u>Nombre Registrado</u>
Metilfenidato.....	Ritalin Methylin

Metilfenidato de liberacion sostenida.....	Concerta Ritalin SR Metadate
Dextroamfetamina.....	Dexedrine Dextrostat
Pemolina.....	Cylert
Dextroamfetamina y Amfetamina.....	Adderal

Los psicoestimulantes han sido utilizados durante décadas para tratar niños hiperactivos y distraídos. Estos medicamentos reducen la hiperactividad y la distracción mejorando el control de la conducta y el rendimiento cognitivo. (Estos efectos son similares a los efectos de la cafeína, y otros estimulantes.) Estudios indican que los estimulantes son efectivos a largo plazo. Niños y adolescentes varían considerablemente en sus respuestas a los estimulantes; muchos niños y adolescentes experimentan solamente un alivio parcial de los síntomas.

B. Antidepresivos

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (SSRI'S)

<u>Nombre Generico</u>	<u>Nombre Registrado</u>
Fluoxetina.....	Prozac
Sertralina.....	Zoloft
Paroxetina.....	Paxil
Fluvoxamina.....	Luvox
Citalopram.....	Celexa
Escitalopram.....	Lexapro

Antidepresivos Triciclicos (TCAs)

Nortriptilina.....	Pamelor
--------------------	---------

Desipramina.....	Norpramin
Imipramina.....	Tofranil
Clomipramina.....	Anafranil
Amitriptilina.....	Elavil

Inhibidores de la Monoamina Oxidativa (IMAO's)

Tranlycypromina.....	Parnate
Fenelzina.....	Nardyl

Otros Antidepresivos

Venlafaxina.....	Effexor
Nafazodone.....	Serzone
Trazadone.....	Desyrel
Bupropion.....	Welbutrin
Mirtazapina.....	Romeron

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRIs) fueron prescritos para el tratamiento de la depresión y de la ansiedad en el adulto. Reciente investigación en niños y adolescentes indica que estos medicamentos son efectivos en el tratamiento de la depresión, ansiedad, síntomas compulsivos obsesivos y mutismo selectivo.

Los antidepresivos tricíclicos (TCAs), prescritos más comúnmente en adultos por largo tiempo, han demostrado repetidamente ser efectivos en el tratamiento de la depresión y de la ansiedad en adultos. Sin embargo, los investigadores no han podido demostrar los beneficios de estos medicamentos para los trastornos de la ansiedad y de la depresión mayor en niños y adolescentes. Algunos antidepresivos tricíclicos son efectivos para tratar otros síntomas en niños y adolescentes incluyendo síntomas de ADHD y enuresis nocturna. Los efectos colaterales, potencialmente sobre el corazón y la muerte súbita en algunos niños y adolescentes que fueron medicados con desipramina, hacen que los tricíclicos no sean más empleados como agentes de primera línea de tratamiento de la depresión.

Entre otros antidepresivos, los más antiguos IMAO's (inhibidores de la Amino Oxidasa) no son considerados como medicamentos de primera línea para tratamiento en niños y adolescentes. Los más nuevos IMAOs no tienen el mismo efecto negativo y pueden ser utilizados en el futuro para tratar depresión.

Bupropion (Wellbutrin) es un antidepresivo efectivo para los síntomas de ADHD.

La investigación con otro antidepresivo en niños y adolescentes no han demostrado efectividad.

C. Los estabilizadores del humor

<u>Nombre Genérico</u>	<u>Nombre Registrado</u>
Litio.....	Eskalith, Lithonate, Lithobid
Carbamazepina.....	Tegretol, Carbitrol
Valproato.....	Depakote
Gapentin.....	Neuropentin
Lamotrigine.....	Lamictal
Topiramate.....	Topomax
Oxcarbazepine.....	Trileptal

Los *estabilizadores del humor* se han demostrado efectivos en el tratamiento de manía en adultos. Había menos investigaciones en cuanto a sus usos en el tratamiento de manía y el alivio de la inestabilidad emocional en niños y adolescentes cuyos síntomas se asemejan a la manía del adulto. Las conclusiones en esta área se han hecho difíciles por la rareza del desorden de manía en la infancia y por la controversia acerca de su diagnóstico y tratamiento (ver abajo, VI, Área de Controversia). Algunos estudios han sugerido una asociación de aumento de peso y efectos negativos endocrinales (síndrome de ovarios policísticos) con el ácido valproico utilizado en mujeres.

D. Antisicóticos

Los medicamentos antisicóticos reducen los síntomas de origen psicóticos en niños y adolescentes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; reducen los tics verbales y motores en niños y adolescentes con síndrome de Tourette, y reducen los síntomas maniáticos en adultos, niños y adolescentes. Pueden también jugar un papel en el alivio de algunas conductas anormales en niños y adolescentes con autismo y con retraso mental.

Los medicamentos antipsicóticos llegan en dos clases. Empleados más a menudo, hoy en día, son los grupos de medicamentos más nuevos que presentan menos efectos negativos y severos que los antiguos antipsicóticos. Los nombres de estos medicamentos pueden ser confusos. Los medicamentos más nuevos son considerados de “primera línea” (es decir, estos son los primeros antipsicóticos recomendados) pero son llamados de segunda generación y “atípico.” Los medicamentos más antiguos aunque son considerados de segunda “línea,” hoy en día, son llamados de primera generación ó típico porque fueron descubiertos primero.

La primera generación de antipsicóticos lleva un riesgo significativo de desorden de movimiento tanto a largo como a corto plazo. Los medicamentos de segunda generación tienen menos riesgos de esta clase (pero conlleva otros serios riesgos incluyendo desarrollo de diabetes mellitus, secreción anormal de prolactina y serio aumento de peso). El uso de un remedio de segunda generación, clozapin (clozaril) conlleva un riesgo pequeño pero bien definido, la supresión de la médula ósea. Los pacientes que están tomando clozapin deben hacer un análisis de sangre cada dos semanas. El aumento de peso (que incrementa el riesgo de la diabetes) puede ser especialmente problemático con olanzapin (Zyprexa) y con clozapin (Clozaril). El Quetiapin (Seroquel) puede causar cataratas en adultos. Los niños y los adolescentes que están tomando estos remedios deben hacer exámenes oftalmológicos regularmente. Todos los antipsicóticos pueden ser sedativos; a veces hasta el punto de interferir con el funcionamiento óptimo.

Agentes de primera línea conocidos como “Atípico” o “de segunda generación”

<u>Nombre Genérico</u>	<u>Nombre Registrado</u>
Risperidone.....	Risperdal
Olanzapina.....	Zyprexa
Clozapina.....	Clozaril
Quetiapin.....	Seroquel
Ziprasidone.....	Geodon
Aripiprazole.....	Abilify

Agentes de segunda línea

Conocidos como “típico” o “primera generación”

<u>Nombre Genérico</u>	<u>Nombre Registrado</u>
Clorpromazina.....	Thorazine

Haloperidol.....	Haldol
Perfenazina.....	Trilafon
Flufenazina.....	Prolixin
Primoziide.....	Orap
Tiotizene.....	Navene
Molindone.....	Moban
Loxapine.....	Loxitane
Droperidol.....	Inapsine
Tioridazin.....	Metlaril

En Massachusetts la prescripción de medicamentos antipsicóticos está considerada como “tratamiento extraordinario”. Padres pueden autorizar tales tratamientos pero el Departamento de los Servicios Sociales (DSS) no lo puede hacer para los niños y los adolescentes en su custodia. Para aquellos niños y adolescentes, se requiere una orden de la corte (en respuesta a la llamada petición de “Rogers”) (ver página 23 “Consentimiento Informado,” en IV .B.4).

E. Otras Medicaciones

<u>Nombre Genérico</u>	<u>Nombre Registrado</u>
Benzodiazepines	
Clonazepam.....	Klonopin
Lorazepam.....	Ativan
Alfrazolam.....	Xanas
Otras	
Buspirone.....	Buspar
Clonidina.....	Catapres
Guanfenacina.....	Tenex

Naltrexone.....	Revia
Atomoxetina.....	Strattera

Hay otros pocos medicamentos que estan actualmente empleados en niños y en adolescentes, primeramente para el tratamiento de la ansiedad y/ó problemas de control de impulsos. Ellos incluyen los medicamentos listados anteriormente.

Las benzodiazepinas son utilizadas para tratar síntomas de ansiedad y problemas de sueño en el adulto; la investigación científica ha soportado sus usos en niños y adolescentes. Personas tomando estas medicinas por largo periodo pueden desarrollar problemas de tolerancia, dependencia y habituación. Estas medicinas estan tambien sujetas al uso no medical, el cual puede contribuir a sedación e intoxicacion excesivas especialmente cuando estan combinadas con alcohol. Algunas personas tomando benzadiazepina desarrollan conductas desinhibidas ó alucinativas. La retirada de las benzodiazepinas puede ser difícil.

Buspirone puede ser efectivo para tratar ansiedad en adultos, relativamente con pocos efectos negativos. No hay estudios controlados en niños y adolescentes. Clonidina ha sido usada durante largo tiempo para tratar la presione alta en adultos. Clonidina ha sido usada extensivamente en niños y adolescentes para tratar tics, ADHD, conducta agresiva y problemas de sueño. La investigacion que soporta su uso para estas desordenes es dudosa. Guanfenacina (Tenex) es una medicina mas nueva similar al clonidina pero de más larga duracion de acción; es menos sedante y probalmente más efectiva para mejorar la concentración. Se usa para tratar la impulsividad é hiperactividad asociada con ADHD y otros desordenes. La investigacion no ha demostrado su eficacia.

Atomoxetine (Strattera) no es una medicina estimulante, fue aprobada recientemente para el tratamiento de ADHD.

Naltrexone (Revia), un opio antagonista esta usado en el tratamiento de la conducta a la automutilacion. Bloqueadores Beta como propranol (Inderal) son empleados para tratar la ansiedad especialmente, la ansiedad del rendimiento, y la conducta agresiva.

IV. Los Principios de la Práctica

A. Evaluación

El diagnóstico en los niños y en los adolescentes esta complicado por:

- La variedad de síntomas en la infancia. El diagnóstico por categoria puede no capturar la variedad de sintomas en los niños y en los adolescentes. Como resultado, niños y adolescentes reciben amenudo múltiples diagnósticos en un intento para cubrir totalmente todos los síntomas. Aún la familia puede tener la

sensación que “el lenguaje empleado por el doctor” no refleja el modo propio de pensar y de hablar acerca de los problemas de sus niños y de sus adolescentes.

- El curso fluctuante de los síntomas a medida que los niños y los adolescentes crecen y maduran. En algunos niños y adolescentes, los cuadros sintomáticos bien establecidos quedan estables durante años mientras en otros, los síntomas evolucionan continuamente; en otros aún, los intervalos entre los síntomas incluso los síntomas más serios son precedidos y seguidos por periodos de buen funcionamiento.

Los niños y adolescentes son referidos por tratamiento psicofarmacológico desde muchos establecimientos. Ellos pueden ser derivados de los consultorios de los pediatras; de las escuelas; de los establecimientos de educación especial; de las oficinas de bienestar y protección de niños (DSS); de la corte probatoria, o del departamento de servicio para jóvenes (DYS) (50% han sido previamente expuestos a abusos y negligencias); y de los establecimientos de salud mental. La referencia es más probable cuando los síntomas persisten ó cuando se piensa que es poco probable que ellos responderían a las intervenciones psicológicas por sí solas.

Sin embargo, los síntomas, por sí solos, pueden no ser suficientes para que un niño o un adolescente sea referido a los servicios clínicos. Los jóvenes de minorías étnicas y raciales encuentran barreras para buscar y recibir buen tratamiento (informe del médico mayor). Estas barreras incluyen estigmas, desconfianzas, costos, desviación clínica, prejuicios y obstáculos culturales. El tratamiento psicofarmacológico tiene que ser parte de un plan comprensivo basado en una evaluación comprensiva. La evaluación debe incluir la valoración del niño o adolescente, de la familia y de los aspectos relevantes del mundo de ellos. La información debe ser obtenida a base de entrevistas con el niño o adolescente, parientes (o parientes ausentes, y otros tutores) y de las fuentes colaterales (por ejemplo profesores y trabajadores de servicios protectivos). Las historias clínicas anteriores tienen que ser revisadas. Una discusión con el pediatra del niño o del adolescente está indicada.

La valoración del niño y del adolescente debería identificar:

- los síntomas actuales expresados en las propias palabras del niño o del adolescente,
- nivel actual de funcionamiento,
- la historia del desarrollo,
- la historia médica, incluyendo la historia de uso de drogas, historia de tratamiento anterior, nivel actual de la conciencia, y
- historia de negligencia, de abuso sexual, ó otros traumas.

Evaluación de la familia incluiría:

- historia de enfermedad mental en la familia,
- valoración del funcionamiento actual y de los estresores,

- valoración de las actitudes a través de la necesidad de los síntomas de los niños y adolescentes, incluyendo la manera en que describir el niño o adolescente de la describe a la familia, y
- algunas necesidades protectivas actuales o pasadas.

La valoración del mundo del niño debería describir como interactúa el niño o el adolescente con sus pares y en la escuela. La valoración debería identificar tanto para el niño y el adolescente como para la familia, fortalezas y flaquezas. La valoración de los niños y adolescentes debería incluir una descripción de sus actitudes con respeto a sus síntomas y la capacidad de aliarse con el tratamiento.

La valoración médica del niño o del adolescente debería incluir:

- el estado general de la salud y el desarrollo,
- atención al niño sano, y
- posible factores médicos contribuyentes

La valoración médica comprende una examinación física.

Una llamada telefónica al médico de cabecera proveería muchas de estas informaciones y establecería la conexión entre doctores.

Una completa y más detallada valoración debería ser ofrecida a los niños y adolescentes con síntomas severos, síntomas crónicos o niños con potencial de causarse daño a sí mismo o a otros y múltiples o repetidas internaciones de farmacoterapia las cuales no han traído alivios; y síntomas para los cuales les esfuerza de tratamiento común, incluyendo extensiva. Una valoración más intensiva incluye una historia más extensa del niño o del adolescente, de los miembros de la familia y de otros profesionales tratandos en la actualidad y en el pasado. Una evaluación aún más intensa cubre una interconsulta con especialistas en psiquiatría infantil, neurología, neuropsicología, pediatría, especialista en desarrollo infantil, abuso y abandono de niños y tratamiento de sistemas.

Un exámen psicológico debería ser conducido en algunos niños y adolescentes para aclarar la vida interior, la capacidad intelectual y posible problemas de aprendizaje.

La valoración cuenta con la entrevista clínica. Además, los métodos diseñados (como las escalas de evaluación, cuestionarios y exámenes) pueden ser usados. La escala de evaluación comúnmente en uso incluye: Lista de Chequeo de la Conducta del Niño (CBCL), también conocido como La Escala de Evaluación de Achenbach, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), o su variante pediátrica, el Inventario de Depresión del Niño (CDI). Todos los datos provenientes de las escalas de evaluación deberían ser interpretados por un clínico. Toda valoración debe reconocer la cultura del niño o adolescente y de la familia. La valoración y tratamiento debe ser documentado y monitorizado apropiadamente.

La evaluación debería proveer más que una diagnosis por categoría (DSM). La evaluación debe:

- estar abierta con la expectativa adaptiva, es decir la idea de que los síntomas del niño o del adolescente, a pesar del diagnóstico, representan los mejores esfuerzos de él o de ella para copar, dado ciertos recursos interiores o exteriores.
- mantener una perspectiva para el desarrollo, considerando los síntomas en el contexto de desarrollo y de adaptación a largo plazo.
- distinguir entre las condiciones pasajeras y las de larga duración.
- Sopear la descripción precisa contra la del albergar esperanza.
- Sopear la detección temprana para facilitar la intervención contra el riesgo de un diagnóstico inexacto y de efectos negativos de rotulo.

Los clínicos deberían evaluar la cultura del niño o del adolescente comparandola con su propia cultura. Si existe una gran diferencia, los clínicos deberían reconocerla y reconsiderar el conocimiento, la habilidad y las actitudes que se necesitan para dar atención. El clínico debería comprender como los valores, las creencias, los costumbres, el lenguaje y el estilo de comunicación influenciarían la percepción y la expresión de los problemas mentales; como aquellos factores darían forma a la conducta para buscar ayuda; y como una alianza puede ser establecida para desarrollar un plan de tratamiento en conjunto.

B. Planificación y Contratación para el Tratamiento

La contratación para el tratamiento requiere tiempo, atención y discusión clínica más allá de la evaluación clínica básica.

La evaluación precede a la planificación. En la planificación, el clínico especifica los síntomas de ataques y las metas; selecciona un medicamento para el uso inicial; y tiene previsto visitas para evaluar el progreso. El clínico, entonces, recomienda el tratamiento al niño o al adolescente, al pariente o al guardian, incluyendo la medicación. Entonces, se va en la búsqueda del consentimiento informado.

1. Articulando Problemas, Síntomas de Ataques, y Metas

La evaluación identifica los diagnósticos relevantes y los síntomas tratables. Los diagnósticos pueden ayudar a clarificar la naturaleza de los problemas del niño o del adolescente y a predecir sus respuestas al tratamiento.

El tratamiento está dirigido a los síntomas de ataques como ansiedad, insomnio, concentración pobre y impulsividad. La jerga indescriptible como “dar reindas sueltas” o “problemas de conducta” no son descriptores útiles. Los síntomas de ataques seleccionados deberían reflejar las prioridades del niño o del adolescente, de la familia y de otros (como profesores o personal del internado) también cual síntomas más necesitan mejoría. Los síntomas de ataques no son diagnósticos. Un síntoma dado podría ser visto

en una variedad de trastornos. A la verdad, un diagnóstico único o un trastorno puede contribuir a un sin número de síntomas diferentes. Un diagnóstico es un contexto para que un síntoma sea tomado en consideración junto con otros contextos, tales como la presencia de la enfermedad del atraso del desarrollo, la historia de abuso, o el deterioro de la crianza.

Establecer el síntoma de ataques en un lenguaje familiar al niño ayuda a desarrollar una alianza para el tratamiento entre doctores, niños o adolescentes, familia y otros. Cada parte especificara cual cambio el o ella debe esperar de la medicación. Cada uno debe recibir ayuda para articular, de modo realista, que cambios se deben esperar. Definiendo los síntomas de ataques provee también una base para juzgar el éxito del tratamiento.

Es también útil de establecer metas más amplias en términos generales, para mejoramiento en la función cognitiva, en la conducta y en la emoción. Metas como por ejemplo, mejorar el rendimiento total en la escuela y la interacción con pares son demasiado extensas para ser blancos específicos de la farmacoterapia; pero ayudara en la definición del curso general del tratamiento. Para establecer estas metas y para clarificar como la medicación (por ejemplo al mejorar la concentración o al reducir la ansiedad social) puede contribuir (en conjunto con otras intervenciones) en el alcance de estas metas. Distinguiendo entre el mejoramiento (o falta de mejoría) en el síntoma de ataques y el progreso hacia las metas general del tratamiento (o la falta de eso) puede ayudar a definir la contribución de la medicación al progreso total.

Los efectos negativos emergentes requieren tratamiento (como la distonia aguda o los síntomas de parkinson); tienen que ser anticipados en el plan de tratamiento. Cuando estos ocurren, que sean anticipados o no deben ser tratados rápidamente.

2. Seleccionando Agentes

Un medicamento será recomendado al padre o guardian (generalmente con el consentimiento y la participación del niño o adolescente, según su nivel de desarrollo) considerando:

- a) Que los medicamentos fueran probablemente efectivos para tratar el trastorno
- b) las acciones y los efectos secundarios de los medicamentos individuales dentro de este grupo;
- c) los probables efectos de la medicina sobre los síntomas de ataques; y
- d) los probables efectos secundarios y los efectos tóxicos potenciales.

La recomendación de la medicación debería reflejar el mejor juicio del doctor en cuanto al mejor medicamento en general y las preferencias del niño o del adolescente y de la familia en lo que se refieren al síntoma de ataques y los efectos secundarios. Aparte de

los medicamentos recomendados, los doctores tendrían que pensar en otros y discutir con todas las partes las cuales son las alternativas que podrían ser consideradas en caso que el primer agente falle.

Es mejor empezar con un medicamento único. Si este medicamento resulta ser efectivo, la respuesta puede estar atribuida a este agente y el niño o el adolescente habra estado expuesto a un riesgo disminuido de efectos adversos. Si el tratamiento es ineficaz con este agente único, entonces seria apropiado tratar un agente diferente o agregar un medicamento adicional.

3. Planeando y Monitorizando el Tratamiento

Monitorizando

Habiendo seleccionado un medicamento específico, el doctor, el niño ó el adolescente, la familia y otros deberían compartir sus expectativas. Las preguntas serían las siguientes:

- ¿Cuán pronto el niño o el adolescente (y otros observadores) deberían esperar para ver los beneficios que derivan de la toma del medicamento?
- ¿Qué efectos secundarios se deberían esperar, y cuando? Cuáles son los efectos secundarios más comunes? ¿Cuales son aquellos potencialmente más serios?
- ¿Qué deberían hacer el niño o el adolescente o la familia si ellos notan los efectos secundarios y otros efectos imprevistos?
- ¿Quién debería buscar por indicadores de progreso ó de efectos adversos, y cómo? ¿Incluiría la monitorización alguna evaluación formal, tal cual la lista de chequeo o escalas?
- ¿Cómo se harían los ajustes del dosaje?, ¿y en respuestas a que indicadores de progreso o falta de progreso?
- ¿Se requerirían pruebas de laboratorio y otros exámenes médicos? ¿Cómo y cuando deberían ser estos hechos?
- ¿Con que frecuencia deberían de ocurrir las visitas de seguimiento? ¿En respuesta a cuales circunstancias las visitas más frecuentes y urgentes deberían ser planeadas?
- ¿Cuales son los problemas de salud que podrían ocasionar el uso del medicamento?
- ¿Cuáles son los síntomas que podrían ser esperados cuando el remedio está suspendido?

- ¿Hay interacciones entre este medicamento y otros probables, incluyendo sustancias ilegales que podrían estar ingiriendo el niño o el adolescente?
- ¿Cómo será el acatamiento evaluado, monitorizado, y asegurado a la toma de este medicamento?
- ¿Hay algún riesgo en el abuso de este medicamento, o de desarrollar alguna dependencia? ¿Cómo sería este riesgo evaluado?

Anticipando Problemas

Al planificar el tratamiento, uno tiene que anticipar que se debe hacer en caso de que el medicamento no fuese o deje de ser efectivo. Reconocer esta posibilidad al principio del tratamiento ayuda a prevenir desilusiones e incrementa las chances de continuar la colaboración en los esfuerzos para encontrar una medicación efectiva. Si todos estarían de acuerdo acerca de los síntomas, las metas, sobre la manera de medir el progreso, y sobre el curso de tiempo esperado, entonces, el doctor, niño o adolescente, familia y otros sabrían cuando y como considerar alternativas. Una planificación precisa también disminuye el riesgo de que un agente inefectivo sea continuado por más tiempo previsto a causa del optimismo irrazonable al inicio.

Buscando una Consulta

El uso de consulta con especialistas debería ser considerada en el caso de que el tratamiento resulte ser ineficaz; especialmente cuando el clínico que prescribe no es un especialista en el tratamiento de los problemas particulares involucrados. En esta circunstancia, sería beneficioso el estar preparado desde un principio, para buscar consulta con alguien con más experiencia. La necesidad por consultas puede surgir también cuando el niño o el adolescente, o sus familias vienen de una cultura notablemente diferente a la cultura del clínico.

4. Consentimiento con conocimiento de causa

Obteniendo el consentimiento con conocimiento de la causa, completa el contrato para el tratamiento. La documentación para el consentimiento tendría que reflejar los elementos expuestos anteriormente. La documentación del consentimiento debería especificar quién da el consentimiento; qué información fue dada, y cómo, cuando, donde y a quien fue dado el consentimiento.

Quien

Típicamente, para niños y adolescentes menores de 18 años de edad, el tratamiento médico, incluyendo la medicación psicoactiva, debe ser autorizado por el padre o guardian. Exepto que, como notificado más abajo, no hay requisito legal para que un niño, menor ó un adolescente de su consentimiento (ó “hasta asentir” es decir,

consentimiento implícito cuando un menor toma la medicina) para el tratamiento. Sin embargo, una buena práctica clínica requiere que el doctor, padres, y otros tomen en cuenta el entendimiento y la actitud del niño ó adolescente acerca del tratamiento y que ellos obtengan el tanto asentimiento que el niño ó el adolescente pueda dar. El grado apropiado de autonomía que se ofrece al menor varía con la edad, el tipo y el grado de discapacidad, la actitud de los padres y la urgencia del tratamiento. En algunas agencias, se les proporciona a ciertos niños y adolescentes la autoridad explícita de rehusar la medicación psiquiátrica. Por ejemplo, el Departamento de Servicios para Jóvenes requiere tanto el permiso del padre, como el consentimiento del niño ó del adolescente para la medicación.

Un adolescente de 18 años de edad ó más puede dar permiso para su propio tratamiento. Algunos adolescentes menores de 18 años de edad (menores emancipados y los llamados menores maduros) también pueden dar autorización para su propio tratamiento. La designación de “menor maduro” esta basada clínicamente en dos criterios: la capacidad del menor para tomar decisiones y el daño que resultaría en compartir la decisión con los parientes y los guardianes del menor. Este concepto es más a menudo empleado en los casos de aborto, pero puede ser también relevante cuando un pariente y/ó adolescente no están de acuerdo sobre un tratamiento recomendado por el médico. El respaldo de la corte para la designación clínica puede ser buscado, pero no es necesario.

Algunos niños y adolescentes requieren un consentimiento especial. Para los niños y adolescentes que están bajo la custodia de DSS (pero no aquellos que están bajo la custodia de DSS en condición voluntaria o entregado a DSS en a CHINS), es suficiente el consentimiento del asistente social para el tratamiento de rutina. Pero por regulación de DSS, la prescripción de medicina antipsicótica esta considerada como tratamiento extraordinario, requiriendo una autorización explícita de la corte (siguiendo lo que se llama “demanda de Roger”). Niños y adolescentes en la custodia legal conjunta de los padres que no están de acuerdo con el tratamiento pueden requerir la asistencia de la corte para establecer la autoridad para tratar.

Que

El consentimiento con conocimiento de causa incluiría información específica acerca de la condición del niño ó del adolescente y el tratamiento propuesto. Una regulación del Departamento de Salud Mental (96-3R) escrita por los programas financiados ó operados por el DMH, provee un lenguaje adecuado en todos los establecimientos de práctica: Los clínicos pueden “revelar” (al paciente y sus tutores legales)... la información médica significativa (como a partir de 2003, “ información de la salud protegida ”)... esto constituye materia para una decisión con conocimiento de causa de parte del paciente, en cuanto a si se somete o no al tratamiento propuesto.” La información requerida incluye:

- indicaciones y síntomas de ataques;

- los riesgos de la medicación prescrita (incluyendo efectos colaterales significantes, comunes, y probablemente serios ó que representan amenazas para la vida;
- los beneficios razonables esperados del tratamiento;
- las expectativas del curso de la enfermedad sin tratamiento;
- alternativas razonables al tratamiento;
- expectativas de los resultados de las interrupciones del tratamiento; y
- expectativas acerca del control del tratamiento.

Cómo

Una persona (ó un menor, un pariente/tutor) debe ser competente para dar consentimiento para recibir atención médica. Toda persona se presume competente para tomar una decisión informada, a menos que esa persona sea legalmente incompetente (como son niños, adolescentes menores de 18 años) ó que un juez la halla declarado incompetente, por ejemplo en un procedimiento para tutoría. La decisión a favor o en contra de un tratamiento debe ser voluntaria, hecha sin la influencia indebida de otros; esto debe estar basada sobre la capacidad racional de comprender los hechos como estan presentados. La decisión de abstenerse al tratamiento puede, o no, ser en los mejores intereses, como aquellos intereses articulados por extraños. A pesar de que tales desiciones son, en el lenguaje popular, consideradas “irracionales”, tienen validez siempre que la persona sea competente para elegir. Por ejemplo, la decisión de rehusar tratamiento, basada en creencias religiosas puede no ser racional, pero puede aún ser competente. La decisión debe ser tambien adecuadamente informada como detallado arriba.

Se necesita documentar en la historia clínica el proceso, de consentimiento, incluyendo quien participa, que información ha sido transmitida, cualquier preocupación que puede haber surgido, y por último, el ortorgamiento del consentimiento para el tratamiento en sí. Los formularios uniformizados de firma pueden ayudar en la documentación especialmente si tales formularios especifican los elementos mencionados arriba. Los formularios de consentimiento genérico no son necesarios, ni eficientes para dar el consentimiento.

Cuando

Consentimiento para el tratamiento debe ser obtenido antes que el tratamiento haya comenzado, excepto si el tratamiento fue administrado en una situación de urgencia (vea la pagina _). Si se inicia el tratamiento por una urgencia, el consentimiento debe ser obtenido tan pronto posible. El tratamiento no puede continuar fuera de la sala de emergencia sin consentimiento. Un consentimiento nuevo debe ser obtenido cada vez que un medicamento diferente se ha introducido y cada vez que haya cualquier cambio

relevante en las circunstancias del tratamiento. Estos cambios comprenden la emergencia de efectos negativos, la aparición de problemas médicos importantes u otros sucesos que afectan el análisis del riesgo/beneficio del tratamiento. El consentimiento para el tratamiento no es un evento de solamente una vez pero un proceso que requiere continuas discusiones con padres, el niño ó el adolescente que es capaz de dar su consentimiento.

Donde

Un pariente da su consentimiento preferiblemente en una entrevista cara a cara con el clínico tratante. Tal contacto proveerá una mejor oportunidad para la considerar cautelosamente aquellas preguntas que necesitan atención. Es menos conveniente, pero a veces necesario, el discutir las recomendaciones del tratamiento y obtener el consentimiento en un establecimiento residencial, en donde el encuentro personal entre padres y clínicos resulta ser difícil.

A Quien

El consentimiento debe ser otorgado a los clínicos que prescriben la medicación. Cuando el clínico que prescribe no puede tener un encuentro personal con la persona que va a dar el consentimiento, este puede ser obtenido por teléfono ó en una nota escrita firmada por el clínico.

C. Integración del Tratamiento

La farmacoterapia debería ser coordinada con otras intervenciones. Todas las intervenciones deberían estar incluidas en un plan de tratamiento integrado. En acatamiento con las regulaciones del Departamento de Salud Mental de Massachusetts (DMH), los suministradores del tratamiento deben obtener autorizaciones para recibir y/o para divulgar la información privada sobre la salud, excepto en situaciones donde atención de urgencia esta siendo suministrada. Las autorizaciones deben ser firmadas por la persona o la entidad legalmente autorizada para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.

Los médicos que prescriben a niños y adolescentes deberían estar en contacto con el médico de atención primaria de salud (médico de cabecera). Además, los clínicos que proveen servicios psicosociales, por ejemplo, aquellos que ayudan al niño o al adolescente con autocomprension o auto control deberían estar informados acerca del diagnóstico psiquiátrico y de la farmacoterapia. Ellos deberían ayudar a los niños y a los adolescentes a hablar con el psiquiatra infantil que los prescribe. Así mismo, el psiquiatra infantil debería estar informado de las intervenciones psicosociales y la utilización de datos de otros clínicos en la evaluación y la planificación del tratamiento. El resumen del tratamiento debería reflejar el conocimiento de cada clínico del resto del tratamiento.

Los clínicos que comparten información y el uso de lenguaje compartido ayudan al niño ó al adolescente a realizar sus fortalezas y sus debilidades; les prestan ayuda para que se

sientan completos. Todos los miembros del equipo deberían emplear el mismo modelo de entendimiento hacia con el niño y el adolescente promoviendo cambios terapéuticos. Es poco probable que los profesionales independientes que trabajan aisladamente, logren una opinión integrada del niño y del adolescente; especialmente cuando el niño ó adolescente tiene múltiples necesidades.

El resumen del tratamiento debería ser escrito para ser compartido con otros clínicos, incluyendo médicos de atención primaria y educadores como pertinente.

D. Comunicación y Archivos

Se necesita resumir el tratamiento en un registro muy conciso, fácilmente transferible de un establecimiento a otro, de acuerdo con el requerimiento de confidencialidad. La autorización para publicar las informaciones protegidas de salud debería ser obtenida en forma rutinaria a medida que los niños y adolescentes entren en servicio.

Los padres ó el guardian legal del niños ó del adolescentes, incluyendo la agencia de custodia, guardarían las copias de todas las evaluaciones y los resúmenes de los tratamientos, así todo nuevo suministrador puede revisar la historia del tratamiento del niño ó del adolescente. Consecuentemente, los padres ó el custodio legal debería recibir todos los registros de tratamiento de los suministradores puntualmente. Los clínicos tratantes no deberían prescribir nuevos tratamientos hasta que hayan revisado los resúmenes de las evaluaciones y de los tratamientos anteriores, ó hayan comunicado con los previos médicos tratantes mientras esperando la recepción de los registros.

E Continuidad de la Atención Médica

A pesar que los problemas que exigen farmacoterapia no son problemas a corto plazos, muchos niños y adolescentes reciben atención, a corto plazo, en sitios múltiples. Este desplazamiento frecuente requiere que la información derivada de las evaluaciones y de los tratamientos sean transmitidas eficientemente de un sitio a otros. La probabilidad que los cambios frecuentes de residencias y de suministradores puede exacerbar los síntomas en el niño ó en el adolescente, constituyendo factores posibles que podrían contribuir a los problemas del niño ó del adolescente. La meta debería ser la continuidad del tratamiento incluyendo, medicación y buena relación a medida que el niño ó el adolescente se recupera.

La discontinuidad del tratamiento puede crear problemas especiales para niños y adolescentes entrando en la custodia del Departamento de los Servicios Sociales o en detención en instituciones de Servicios Juveniles (DYS). Los clínicos que prescriben medicamentos psicoactivos para niños y adolescentes tendrían que estar familiarizados con las regulaciones de las diferentes agencias, por lo que se refiere al uso de las medicaciones antipsicóticas; específicamente, si un niño ó un adolescente esta tomando un medicamento antipsicótico sin revisión judicial en el momento él o (ella) ingresa en la custodia de DSS, los clínicos y los otros suministradores deberían ser alertados de los riesgos de parar la medicación psicoactiva de golpe, y así avisar a aquellos con

responsabilidad para la atención del niño ó del adolescente. Las mismas consideraciones se aplican cuando niños y adolescentes medicados con drogas psicoactivas entran en una institución de DYS. La interrupción ó la discontinuación de este tratamiento podría causar la deterioración psicológica y podría violar al derecho legal del individuo al tratamiento.

V. Áreas de Controversia

Hay numerosas áreas en donde los psiquiatras infantiles estan aún trabajando para llegar a un consenso. En otras areas, la opinion pública esta dividida. Los clínicos deberían enseñar a los padres, tutores, niños y a los adolescentes que cada profesional de la salud puede abordar el mismo problema diferentemente.

A. Trastorno de Atención Deficita Hiperactiva

El trastorno de la atención deficita hiperactiva (ADHD), aunque representa uno de los trastornos más viejos y más estudiados en la psiquiatría infantil, está, a menudo, mal interpretado. Los síntomas típicos de ADHD en niños y adolescentes de edad escolar (intranquilidad, distracción, concentración pobre) se parecen al comportamiento normal de los niños más jóvenes. Existe una controversia en cuanto al diagnóstico de ADHD y el uso de estimulantes en niños de menos de 5 años. Además, hay una gran cantidad de información equivocada e inexacta con respecto al ADHD y el terapeutico estimulante ha sido distribuida, alguna de ella vienen de los grupos religiosos y políticos en oposición a los tratamientos biológicos en psiquiatría. Sin embargo, ADHD es diferente al comportamiento normal. Niños y adolescentes con ADHD corren riesgo elevados relacionados con problemas academicos, sociales y legales. Una declaración conjunta emitida por los Institutos Nacionales de Salud concluyen que el ADHD es un trastorno significativo con costos enormes para el individuo y la sociedad. Existen tratamientos efectivos para el ADHD; los estimulantes siendo más efectivos que los tratamientos psicosociales. No hay ninguna medida de prevención conocida para el ADHD.

Existen pruebas que los medicamentos estimulante ayudan a niños y adolescentes con ADHD, en la mejora de su concentración y de la orientación. Reciente evidencia demuestra que la medicación estimulante no es tan solo buena, sino mejor que el tratamiento de la conducta por si solo. La opción para el tratamiento del ADHD ha incrementado con la demostración que la clonidina (Catapres) y la guanfecina (Tenex), agonistas adrenergicos, al lado de los estimulantes, pueden ser efectivos en el tratamiento del ADHD, especialmente para la hiperactividad, y tambien con la introducción de medicina nó estimulante para el ADHD.

A pesar de estas evidencias, muchos niños y adolescentes que reunen las criterios diagnosticos para el ADHD, quedan sin ser tratados. El médico mayor (1999) informa que, mientras el ADHD ocurre en 3-5 % de niños en edad escolar, solamente 2- 3% de ellos son tratados por este mal.

EL SINDROME DE ATENCIÓN DEFICIARIA-HIPERACTIVA (ADHD)

ESTIMULANTES

Estimulantes de acción corta:

Metilfenidato (Ritalin)
Dextroamfetamina (Dexedrine)
Pemolina (Cylert)

De acción intermediana

Metilfenidato de liberación sostenida (Metadate ER)
Metilin ER
Ritalin SR

De acción larga

Concerta
Metilfenidato de liberación sostenida (Metadale CD)
Dexedrine Spanisuls
Antifetamina mezclada (Adderall XR)

AGENTES ALFA-ADRENERGICOS

Clonidina (Catapress)
Guanfecina (Tenex)

ANTIDEPRESANTES

SSRIs, TCAs, Bupropion (Wellbutrin) (vea pagina 11 & 12)

OTROS

Atomoxetina (Strattera)

Hay que dar énfasis a varios puntos. Primero, niños y adolescentes con ADHD están propensos a otros trastornos también. En efecto, aquellos que tratan niños y adolescentes con ADHD, pueden hacer varios diagnósticos y recomendar más de una medicina. Segundo, varios factores hacen difíciles la concentración. El niño o el adolescente hambriento, preocupado por su seguridad, con rememoración o con pensamiento desorganizado o niño cuyo programa en la escuela no se adapta con sus necesidades, tendrá dificultades para atender las tareas escolares. En medio de todas aquellas probabilidades, el posible papel del ADHD debe ser evaluado cuidadosamente, no se

debe asumir ni tampoco descartar muy fácilmente. Tercero, el beneficio de la medicación estimulante puede llegar a ser aparente solamente, cuando la confusión interna y externa ha disminuido. Es decir, un niño o adolescente puede beneficiar de los estimulantes, pero no mientras que se encuentra abusado, desatendido, o en medio de un estado psíquico agudo. El niño o el adolescente que no parece beneficiar de los estimulantes en aquel momento, puede hacerlo, cuando los otros problemas mejoran. El tratamiento del ADHD con medicación no debería ser ejecutado como si no existiesen otros problemas. Cuatro, cuando un niño ó un adolescente recibe muchos agentes, la interacción entre los agentes deben ser monitorizada cuidadosamente.

Con el ADHD como con cualquier otros trastornos, diferentes clínicos aún con los mismos datos, pueden hacer recomendaciones diferentes en cuanto a que nivel de síntomas requiere tratamiento.

B. Trastorno Bipolar

Considerable investigación clínica y epidemiológica soporta la idea de que el trastorno bipolar ocurre en niños y adolescentes. Las características incluyen: inestabilidad emocional, especialmente pateando, como también hipersexualidad, y tendencia suicida. El tratamiento con estabilizadores del humor puede ser útil. Los clínicos no se ponen de acuerdo sobre los criterios para el diagnóstico del desorden bipolar en niños y en adolescentes, ni tampoco en la recomendación del tratamiento con los estabilizadores del humor. Un antecedente familiar del desorden bipolar en un niño o un adolescente que se presenta con serias dificultades para regular su humor y su mal genio justifica la monitorización minuciosa de cualquier antidepresivo y la consideración de la prueba de un estabilizador del humor. El diagnóstico inapropiado de manía, por otra parte, puede exponer el niño o al adolescente a los efectos indeseados de los medicamentos y socava sus esfuerzos al autoraciocinio y al autocontrol. Cuando un niño, un adolescente ó la familia dice tengo (o el tiene) desorden bipolar, ellos pueden cesar de pensar al curso, significación y control de los cambios de humor.

Relacionado con los síntomas del desorden bipolar es la llamada “activación anti depresiva”. Se emplea esta terminología cuando un niño o un adolescentes tomando un antidepresivo desarrolla hiperactividad, irritabilidad, insomnia, hipersexualidad, grandiosidad, alucinación y habla apresurosa. Tal activación no constituye el diagnóstico del desorden bipolar, ni tampoco predice su aparición en el futuro; puede presentar solamente como un efecto negativo de los medicamentos sin relación con el desorden bipolar. Algunos niños y adolescentes pueden beneficiar de la medicación antidepresiva, pero solo cuando esta tomando un estabilizador del humor. Para aquellos niños y adolescentes un estabilizador del humor puede ser prescrito en conjunto con el antipresivo.

C. Empleo de Antipsicóticos (Conocido como Neurolepticos)

Algunos clínicos prescriben agentes antipsicóticos por trastorno psicótico patente del pensamiento. Otros argumentan en favor de una ampliación del uso en niños y en

adolescentes, ayudando a aquellos con desorganización severa, incapacitante o inundación emocional incontrolable. Mientras los agentes de segunda generación producen menos toxicidad que los agentes antipsicóticos anteriores [vea pagina 14 III D, y BOX: Agentes de segunda generación], estos medicamentos aún tienen efectos colaterales considerables. Sus prescripciones no deben ser tomadas superficialmente.

Se debería ejercer precaución para que los medicamentos antipsicóticos no sean prescritas para niños y adolescentes en lugar de reconocer y de tratar los otros desafíos que ellos confrontan. Muchos desafíos, como abuso o molestacion ignorados, o estado postraumatico, abandono total, deterioro visual o auditivo ignorado, u otros trastornos del aprendizaje; conflictos familiares ignorados, pueden resultar en sensación agobiante en niños y adolescentes. La evaluación demasiado apresurada de tales niños o adolescentes puede resultar en una prescripción poco juiciosa de posibles medicamentos injustificados como tambien un retraso en reconocer y abordar otras adversidades en la vida del niño o del adolescente.

Por otra parte, cuando los esfuerzos del niño o adolescente para copar con adversidad se encuentran agravados por desorganización interna, las intervenciones ambientales pueden aun dejar los demasiado desorganizados para tomar ventajas de las oportunidades disponibles. Una prueba de medicamentos antipsicóticos pueden realzar dramaticamente aquella capacidad del individuo para copar.

Se debería llevar observaciones cuidadosas en tales casos para demostrar que un plan comprensivo, no solo de medicación, esta siendo ofrecido; y que la introducción de medicación antipsicótica ha realmente hecho una diferencia en la capacidad del niño o del adolescente; y que tal uso, una vez establecido el beneficio, no se emplea mas de lo necesario.

D. Estados Postraumático

Mientras sabemos mucho más sobre los síntomas del síndrome postraumatico en menores y adolescentes, los investigadores estan aún evaluando cual pueden ser los mejores tratamientos para niños y adolescentes traumatizados. Los tratamientos opcionales incluyen: psicoterapia, especialmente terapias del comportamiento cognitivo (CBT), farmacoterapia y la más nueva terapia somática como por ejemplo insensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR). Los agentes como clonidina y la SSRIS (fluoxetina etc.) ayudan los niños y los adolescentes a copar con las secuelas del trauma. El uso de tales medicamentos en niños y adolescentes descanza sobre experiencias clínicas y no sobre ensayos clínicos controlados.

Los niños y adolescentes abusados y desatendidos se presentan a menudo con síntomas de extrema fragilidad, aislamiento, agresión e inestabilidad del humor que no responden a las criterios para el síndrome postraumático pero requieren intervención. Tratamiento

para aquellos niños y adolescentes debería incluir una psicoterapia minuciosa por terapeutas experimentados pero no que esta limitado al uso de medicamentos.

Los síntomas tales como: “escuchar voces” se presentan a menudo en niños y adolescentes traumatizados. Tal estado de alucinación no representa en si una indicación de enfermedades psicóticas, y no requeriría ninguna medicación antipsicótica. Los niños y los adolescentes con antecedentes de trauma pueden tambien responder a sutil recordatorios del trauma con arranques de conducta, inestabilidad emocional que se asemejan a aquellos observados en el desorden del afecto. Pueden ser beneficiar en tales niños y adolescentes los estabilizadores del humor los cuales tienen menos riesgos que los antipsicóticos.

Anotando los traumas actuales y pasados, es necesario identificar los factores que pueden responder a los medicamentos y aquellos que requieren psicoterapia y intervenciones ambientales.

E. Niños y adolescentes con discapacidad del desarrollo

Los síntomas psiquiátricos en niños y adolescentes con minusvalia presenta muchos desafíos clínicos, incluyendo si se debe usar medicaciones o no; no esta claro cual criterio diagnóstico debería ser usado en esta población, especialmente en niños y adolescentes con coeficientes de inteligencia debajo de 50. A pesar de las incertidumbres diagnósticas, los niños o adolescentes con discapacidad clínica son más probable de presentar múltiples trastornos.

Los niños y los adolescentes con el trastorno de desarrollo tardío y síntomas psiquiátricos deben tener una evaluación profunda en un sitio multidisciplinario, y deben ofrecer a ellos terapia de modo múltiple con énfasis en intervenciones especializadas de la conducta.

Hay una escasez de información acerca de la seguridad y la eficacia de las medicinas psicoactivas en los niños y los adolescentes con discapacidad del desarrollo. Hay solamente un pequeño número de estudios metodologicamente razonables. Muchos agentes han sido recomendado; pero solamente pocos se han mostrado eficaces en experimentos controlados. Sin embargo dependiendo en las circunstancias de las características individuales del niño o del adolescente (y posiblemente asociado con otras enfermedades psiquiátricas), los antipsicóticos o los estabilizadores del humor pueden ser recomendados. Un estudio reciente que fue bien diseñado demostró el rol positivo de risperidone (risperdal) en los niños con el trastorno de desarrollo tardío.

La intervención farmacológica está recomendada amenudo para tratar conducta agresiva o autodañina que es intensifica y es frecuente, persistente, como para amenazar al propio niño o al propio adolescente o a aquellos que estan cerca; ó que la conducta es tan perjudicial que previene el niño o el adolescente de ir a la escuela o a las sesiones de terapias ocupacionales, físicas, del habla, o de la interacción. Exepto en casos de urgencias (vea pagina 35), los clínicos no deberían recetar algo inmediatamente “para

suavizar” a las conductas desafiantes, en lugar de una evaluación diagnóstica que complementara la imagen general del niño, del adolescente, incluyendo la delimitación de los factores que contribuyen a la conducta. Padres, maestros, y otras personas responsables que puedan llegar a necesitar un soporte considerable durante esta fase a fin de garantizar cooperación con el plan de tratamiento recomendado.

Es aconsejable tratar cada caso sobre una base individual. “como un caso único, empezando con la medicación más segura y comúnmente más usada en dosis pequeñas aumentando la dosis gradualmente” (Santosh & Baird, 1999). La continuación del tratamiento o la revisión del plan serán guiadas por los informes de los adultos, acerca de los cambios de conductas observados en el niño ó en el adolescente, subjetivos a una reacción al medicamento (si son capaces de proveer esta información) y la tolerancia del niño o del adolescente a los efectos negativos como también a cualquier reacciones idiosincráticas de la medicación.

F. Descontrol extremo de la Conducta (Agresividad y Auto destrucción.)

El principio según el cual el tratamiento farmacológico en niños y en adolescentes, está basado más a menudo sobre experiencias clínicas que sobre ensayos clínicos controlados es realmente especial cuando trata con niños y adolescentes con conductas agresivas ó auto destructivas que ponen en peligro su seguridad propia y la de los demás. Para muchos de estos niños o adolescentes, la necesidad para una intervención urgente es a menudo más obvia que el diagnóstico. Con o sin claridad diagnóstica, la medicación es a menudo una parte importante del tratamiento en ellos. Tal tratamiento debe, como cualquier otro tratamiento, ser parte de un plan de desarrollo de cuidado basado en una evaluación comprensiva. Cuando el diagnóstico es dudoso, específicamente hablando de los factores que contribuyen al problema, esto puede ayudar a resumir una formulación y guía de tratamiento. Como en cualquier tratamiento, los síntomas de ataque deberían ser identificados, y los agentes, juiciosamente introducidos con la monitorización de los resultados según un plan concertado.

En una evaluación, uno debe examinar el contexto en el cual la conducta está ocurriendo; el medicamento nunca debería ser prescrito para un niño o adolescente con descontrol extremo de la conducta sin una indagación dentro del contexto y de las interacciones. En una evaluación se debería también alertar sobre la posibilidad de trastorno médico no diagnosticado (endocrino, metabólico o tóxico), de uso de sustancia incluyendo cafeína ó el retiro de la nicotina, y de trastorno psiquiátrico no identificado, como síndrome posttraumático u otro trastorno de ansiedad, depresión ó trastorno bipolar, o psicosis no identificado.

Al prescribir cualquier agente para el descontrol extremo de la conducta, el clínico debería balancear la urgencia de la situación contra el deseo de adquirir más entendimiento antes de tomar acción. Él o ella debería también determinar si el tratamiento va a ser una urgencia, y si es así, habría que determinar si este último sería voluntario o involuntario (vea la página 35).

En general, los tratamiento farmacológico de descontrol extremo de la conducta empiezan con agentes menos tóxicos de acción corta: sedativos (como difenhidramina [Benadryl] y otros), alpha agonistas y beta-bloqueadores. Los agentes de acción más largos y aquellos con efectos más secundarios (estabilizadores del humor, antidepresivos, naltrexone [Revia], antipsicóticos) son recomendados, ó cuando un trastorno específico esta siendo diagnosticado (por ejemplo, depresión, desorden bipolar, o psicosis) ó cuando una prueba empirica con agentes de accion más corta, menos tóxicos han fallado ó son considerados improbables de ser efectivos.

G. Tratamiento Involuntario

Aunque esta guía este escrita en caso de que el tratamiento farmacológico ocurriera a causa del asentimiento voluntario (por el niño, el adolescente ó el guardian) al tratamiento propuesto, el tratamiento involuntario tambien puede ocurrir.

Un niño, adolescente, o padre/guardian competente tiene el derecho de rehusar el tratamiento. Por lo tanto, el tratamiento involuntario puede ser administrado solo cuando la corte haya determinado que el padre/guardian es incompetente de proveer un consentimiento informado, ó cuando la corte omite la falla que el padre/guardian podría estar poniendo en peligro al niño o al adolescente, como en una situacion que podría amenazar la vida.

Cuando un padre/guardian da un consentimiento informado para el tratamiento y el niño ó adolescente menor lo rehusa , es obligatorio para el clínico de tratar de ganar el asentimiento del menor. (aunque no hay obligación legal para hacerlo). Si el padre ó el guardian legal rehusa a consentir el tratamiento, y el clínico juzga que esta negación pone en peligro el bienestar del niño o del adolescente, el deberia considerar buscar la asistencia de DSS o pedir a la corte que designe un nuevo guardian.

Hay dos tipos de tratamiento involuntario de urgencia. En la contención química, la medicación es adminitrada involuntariamente a fin de controlar al niño ó al adolescente. La medicación puede ser dada tambien involuntariamente para prevenir el deterioro substancial y irreversible de una seria enfermedad mental.

La contención química, como toda otra forma de contención, puede ser usada en caso de urgencias, cuando ocurren, violencias extremas, heridas personales, ó intento de cometer suicidio. Tales medidas pueden ser utilizadas solamente cuando hay un riesgo substancial de seria conducta autodestructiva ó de serio asalto físico; o cuando sería agresión física ha sido perpetrada. Se puede administrar contención química a un niño o a un adolescente solamente bajo la orden de un médico autorizado. Este doctor debe determinar, en el momento mientras él/ella este presente ó despues de consultar telefónicamente con otro doctor, una enfermera registrada, un medico asistente autorizado que fue presente en el momento de la urgencia y quien ha examinado personalmente al niño ó al adolescente, que tal contención química es la menos restrictiva y la alternativa más apropiada y disponible. (Ver Regulaciones de DHM 104 CMR 27.12)

[En las escuelas, el empleo de contención mecánica, química esta regulado por el Departamento de Educación, el cual pide la autorización de padres y médicos.]

Con excepción de las situaciones que requieren el uso de la contención, el tratamiento de urgencia ocurre muy infrecuentemente. Tal tratamiento puede acontecer solamente cuando el doctor cree que el atraso del tratamiento para obtener una orden de la corte, expone el niño ó el adolescente a una deterioración substancial y irreversible de la enfermedad mental. Hay muy pocas instancias en las cuales este umbral está satisfecho.

H. Efectos Negativos

Todos los psiquiatras infantiles que están prescribiendo y otros clínicos están preocupados acerca de los efectos posibles y colaterales de la medicación. Las opiniones difieren en cuanto a cómo sopesar las ventajas y las desventajas en el curso del tratamiento dado a un niño y a un adolescente. La decisión final, naturalmente, descansa sobre los padres y los tutores con el consejo de los clínicos.

VI. Educación de Paciente/Pariente

Los siguientes libros, artículos, y páginas de web han sido identificados como recursos particularmente útiles para pacientes y familias.

Dulkan, M.K. ed. Helping the Parents, Youth, and Teachers Understand Medications for Behavioral and Emotional Problems. A Resource Book of Medication Information Handouts. Washington DC: American Psychiatric Press, 1999.

Greene, R.W., The Explosive Child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, "chronically inflexible" children. New York: Harper Collins, 1998

Servicio de Salud Pública de los EE. UU. Report on the Surgeon General's conference on children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington DC: Department of Health and Human Services, 2000. También Accesible en la web, <http://surgeongeneral.gov/cmh/childreport.htm>

Wilens, T.E., Straight Talk about Psychiatric Medications for Kids. New York: Guilford Press, 1999.

www.aacap.org-- Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente -- Datos para la familia

Referencias Selectas

Levine MD, Carey WB, Crocker AC, eds. Developmental-Behavioral Pediatrics. Philadelphia: Saunders, 1999.

Martin A., Scahill L. (eds) Psychopharmacology. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America 2000. Vol 9 , No. 1.

NIH Consensus Statement, Vol 16, No. 2, Nov 16-18, 1998. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998.

Riddle M.A., Kastelic E.A., Frosh E. Pediatric psychopharmacology. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:73-90

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. American Journal of Psychiatry 1998; 155:715-725

Santosh, P.J., Baird, G. Psychopharmacotherapy in Children and Adults with intellectual disability. The Lancet 1999; 354:233-42

U. S Department of Health and Human services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999

Vitiello B, Bhatara, VS, Jensen, PS, eds. Current Knowledge And Unmet Needs in Pediatric Psychopharmacology. Special Section. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999; 38. 501-565.

Zarin, D., Suarez, A.P., Pincus, H. A., Kupersamin, a., Zito, J.M. Clinical and Treatment characteristics of Children with attention deficit / hyperactivity disorder in psychiatric practice. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998;37: 1262-70

Zito JM, Safer DJ, dos Reis S, Gardner JF, Boles M, Lurch F. Trends in the Prescribing of psychotropic medications to preschoolers. Journal of the American Medical Association 2000; 283: 1025-1030

John Backman. MD
Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Oficina en Central Area
Departamento de Massachusetts de la Salud Mental

Richard Barnum, MD
Clinica de la Corte Juvenil

Boston, Massachusetts

Shay Beauregard, RN
Servicios de Salud y Educacion
Beverly, Massachusetts

Donal Condie, MD
Servicios de Niños y Adolescentes
Massachusetts General Hospital
Boston, Massachusetts

Paul Dagaincourt, MD
Westwood Lodge Hospital
Westwood, Massachusetts

Ken Dawson, MD
Harvard Community Health Plan
Boston, Massachusetts

Steven Feldman, MD
Asociacion de Salud Mental en Massachusetts
Boston, Massachusetts

Gordon Harper, MD (chair)
Servicios de Niños y Adolescentes
Departamento de Salud Mental de Massachusetts
Boston, Massachusetts

Lisa Lambert
Cindy Nichols
Liga de Defensa de Padres Profesionales
Boston, Massachusetts

Susan Pederzoli
Departamento de Servicios Sociales
Boston, Massachusetts
Tina Render, MD
UMMC Unidad de pacientes de cuidada continuado
Westboro State Hospital
Westboro, Massachusetts

Glen Saxe, MD
Chair, Psichiatria de Niños y Adolescentes
Boston Medical Center

Boston University
Boston, Massachusetts

Yvette Yatchmink, MD, PhD
Division de Asistencia Medica de Massachusetts
Boston, Massachusetts

Meredith Young (staff)
Servicios de Niños y Adolescentes
Departamento de Salud Mental de Massachusetts
Boston, Massachusetts